

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939-1941

N°

1939 THÈSE **890**
POUR LE
DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Wolf KARO

Né le 23 Mai 1912, à Sieradz (Pologne)

**LES FORMES PSEUDO-TUBERCULEUSES
DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DU NEZ**

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Wolf KARO

Né le 23 Mai 1912, à Sieradz (Pologne)

LES FORMES PSEUDO-TUBERCULEUSES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DU NEZ

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1941

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	FIESSINGER.
»	ABRAMI.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clôvis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin) ..	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.
DELARUE	Anat. pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS ..	Anat. pathologique.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.	
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgic.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
SICARD	Pathologie chirurgic.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale.
WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAIJOUANINE	} Clinique Médicale.
BRULÉ	
CATHALA	
CHABROL	
CHEVALLIER	
DONZELOT	
HUGUENIN	
LAROCHE (Guy)	
LIAN	
MOREAU	
PIEDELIEVRE	} Clinique Obstétricale.
SEZARY	
DUVOIR	
GASTINEL	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
DE GAUDART D'ALLAINES	
LEVEUF	
MOULONGUET	
KOURE	} Clinique Obstétricale.
QUENU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MA SOEUR

Trop modeste témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MON COUSIN A. ZYLBERBERG ET A SA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre re-
connaissance.*

A M. LE DOCTEUR AUBIN
Médecin des Hôpitaux de Paris

A M. LE DOCTEUR MADURO
Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui a bien voulu nous suggérer le sujet
de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR SAILLY

A TOUS LES MÉDECINS
DU SERVICE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
DU PROFESSEUR LEMAITRE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE REIMS

A MES MAITRES DES STAGES DE PARIS

INTRODUCTION

De toutes les manifestations de la syphilis tertiaire (ou de l'hérédó-syphilis tardive) que l'on a l'occasion de rencontrer en Oto-rhino-laryngologie les plus communes sont, sans contester, celles qui affectent les fosses nasales.

Sur un grand nombre de malades, que nous avons pu observer avec M. le Docteur Aubin et M. le Docteur Maduro dans le service de notre maître le Professeur Lemaître à l'hôpital Lariboisière, nous avons été frappés de voir combien l'aspect objectif des lésions s'écartait de la description classique.

Loin de revêtir toujours l'allure classique de l'infiltration ou de l'ulcération gommeuse, que lui prête la majorité des descriptions, les lésions tertiaires se présentent au contraire très fréquemment à nous avec des caractères objectifs, qui rappellent de très près ceux de la tuberculose de ces muqueuses. Au niveau de fosses nasales elles peuvent prendre le masque le lupus.

L'ulcération gommeuse classique est absolument exceptionnelle dans la syphilis tertiaire de la pituitaire, elle est presque toujours pseudolupique. Mais, ceci étant dit, le tertiarisme nasale peut, croyons-nous, affecter deux formes différentes.

Dans l'une d'entre elles l'ulcération qui est toujours lupoïde, n'est qu'un des éléments et l'un des moindres, d'un riche complexus symptomatique qui impose le diagnostic : c'est la forme classique.

Dans l'autre forme que nous appellerons forme pseudolupique, l'ulcération constitue pour ainsi dire toute la maladie, elle emprunte au lupus son aspect objectif, son siège, son absence de séquestration osseuse.

SYPHILIS TERTIAIRE DE LA PITUITAIRE

A, — FORME CLASSIQUE, GOMMEUSE

Notre intention n'est pas de refaire ici quelque nouvelle description d'ensemble de la forme classique du tertiarisme nasal ; sa symptomatologie souvent impressionnante, la punaisie qui l'accompagne, les délabrements qui lui font suite, sont aussi anciennement connus que la syphilis elle-même et sont sans doute, entre tous les méfaits dus à ce mal, ceux que de tous temps ont le plus vivement frappé l'imagination populaire. La chronique nous en cite maints exemples.

C'est uniquement sur les caractères objectifs des lésions ulcéreuses endonasales, que nous voulons insister.

Cette forme classique se manifeste par le trépid symptomatique (Lubet-Barbon) du nez gros, bouché et douloureux (spontanément et à la pression), réalisé au maximum par le syphilome diffus, et à un degré moindre par les gommes multiples de la fosse nasale. Il est par contre très estompé et presque toujours incomplet dans les cas, du reste rares, de gomme unique.

Sec à la période de crudité de l'infiltration gom-

meuse le nez ne tarde pas à devenir le siège d'un écoulement plus ou moins abondant à la période d'élimination gommeuse ; d'abord inodore, ce jetage acquiert plus tard une horrible fétidité, en rapport avec l'atteinte du squelette et la formation des séquestres (punaisie syphilitique).

On n'a que rarement l'occasion de pouvoir pratiquer l'examen objectif des fosses nasales au stade initial de l'affection, les malades n'accordent qu'une médiocre attention à une obstruction d'apparence banale, qu'ils mettent sur le compte d'un rhume et ne consultent pas volontiers pour si peu ; il faut une obstruction vraiment très gênante ou des douleurs par trop pénibles, souvent à type de céphalées frontales, pour les alarmer et les contraindre à demander un avis.

La gomme se présente à ce stade sous l'aspect d'une tuméfaction rouge vif ou rouge sombre, lisse et régulière, ferme et indolente, qui ne se rétracte pas sous l'influence de vaso-constructeurs usuels (éphédrine, cocaïne).

Au niveau de la cloison, dont, à l'inverse de la tuberculose, elle respecte presque toujours la portion cartilagineuse, elle donne à l'œil l'impression d'un hématome ; sur le cornet inférieur, elle simule une hypertrophie simple que l'on serait tenté de réduire au galvano.

L'accord est unanime sur la symptomatologie objective des lésions nasales à ce stade ; qu'il s'agisse de gommès circonscrites ou d'infiltration dif-

fuse, c'est toujours le même aspect que l'on retrouve et les descriptions que l'on a donné, toutes concordantes, répondent bien à la réalité des faits.

Mais il n'en va plus de même de la période suivante, d'ulcération gommeuse.

Car la description que l'on est accoutumé de trouver partout de cette ulcération est loin d'exprimer son véritable aspect ; tous les traités lui attribuent les bords taillés à pic, le fond bourbillonneux et jaunâtre de l'ulcération tertiaire classique ; *or elle ne se présente pour ainsi dire jamais ainsi, ELLE EST PRESQUE TOUJOURS LUPOÏDE.*

« Elle n'est point taillée à pic comme le veulent les auteurs, mais mamelonnée, mûriforme, bourgeonnante, saignant facilement, *analogue, avec moins de torpidité à l'ulcération lupique.* Avec le stylet, on voit qu'elle siège sur une base indurée, difficilement dépressible.

« En prolongeant l'examen on rencontre le plus souvent au fond de l'ulcère une place où l'os est mis à nu. Cela aussi est très caractéristique ». Ainsi s'exprimait Lubet-Barbon, en 1905, au cours d'un magistral petit article consacré à la syphilis tertiaire du nez (Revue de la Laryngologie, 16 décembre 1905).

Cette description répond certes à la très grande majorité des cas.

L'ulcération taillée à pic est très rare ; tout au plus peut-on l'observer au niveau de la cloison ; et encore n'y est-elle pas absolument typique : Une partie, un secteur seulement de son rebord présente

ce caractère classique que le bourgeonnement du fond de la gomme estompe ou fait disparaître sur le restant du pourtour.

Partout c'est bien l'aspect décrit par Lubet-Barbon, que l'on retrouve ; et les gommes du pied de la cloison offrent à cet égard un saisissant contraste entre leur versant nasal, pseudo-lupique, et leur versant buccal, taillé à l'emporte-pièce avec un rebord « en falaise » limitant une perte de substance profonde. Néanmoins, en dépit de l'apparence trompeuse de l'ulcération gommeuse, cette forme du tertiariisme nasal ne ressemble pas au lupus et se montre bien différente à ce titre de la forme pseudo-lupique que nous allons bientôt envisager. L'existence de douleur spontanée et surtout provoquée, l'empâtement des téguments de la pyramide nasale, l'intégrité habituelle de la portion cartilagineuse de la cloison, la perception d'un contact osseux au stylet imposent le diagnostic de syphilis, sans même que l'on ait pour ainsi dire, à tenir compte de l'aspect des ulcérations endonasales.

Il n'est guère que la forme ostéo-cartilagineuse de la tuberculose nasale qui puisse reproduire, et avec une parfaite exactitude, un pareil tableau ; longtemps contestée, sa réalité ne fait plus aucun doute (Bourgeois, Hautant et Mlle Zimmer), mais les cas en sont par trop exceptionnels (une dizaine au plus dans la littérature médicale) pour que l'on ait raisonnablement le droit d'y songer, à moins d'arguments vraiment très impressionnants.

OBSERVATIONS

OBS. I. (résumée). — *Tertiarisme nasal à forme classique* : Blanche L..., 25 ans : le début de l'affection remonte à un mois ; il a été marqué par une obstruction progressive de la fosse nasale gauche. Quatre mois plus tard la malade commençait à moucher des croûtes, parfois sanguinolentes, tandis qu'apparaissaient de vives douleurs et un léger gonflement de sa pyramide nasale.

Examen objectif. — A. *Examen de la pyramide nasale* : elle est légèrement tuméfiée sur son versant gauche, au niveau de l'os propre et de la branche montante ; la coloration des téguments est normale. La palpation montre que ce gonflement est franchement sous-périosté ; la pression en est très douloureuse.

B. *Rhinoscopie antérieure.* — 1. *Fosse nasale gauche.* On y constate l'existence de deux ulcérations en vis-à-vis, de la tête du cornet inférieur et de la portion cartilagineuse de la cloison. Elles ont l'une et l'autre la dimension d'une pièce de 50 centimes. Elles sont peu nombreuses, granuleuses, pâles et saignent à peine au contact du porte-coton. Elles sont absolument comparables à des ulcérations lupiques ; l'examen au stylet ne révèle aucun contact osseux

au niveau de l'ulcération turbinale, on perçoit par contre un contact cartilagineux très net au niveau de l'ulcération septale.

2. *Fosse nasale droite* : on n'y trouve guère de lésions que sur la cloison en regard de l'ulcération septale gauche, sensiblement plus petite, elle offre les mêmes aspects lupiques. Le stylet y découvre une perforation du cartilage à travers laquelle il pénètre dans la fosse nasale gauche.

A ne considérer que l'examen endonasal de cette malade, dont l'observation nous a d'emblée semblé digne d'être rapportée, on aurait sûrement porté le diagnostic de lupus. Mais les douleurs spontanées et provoquées par la pression de l'os propre, et surtout la déformation de la pyramide nasale avait pour ainsi dire imposé le diagnostic de syphilis avant tout examen rhinoscopique. La constatation d'une large syphylide croûteuse de la région frontale droite le confirmait d'ailleurs sans qu'aucun doute restât possible. Le B. W. aussitôt pratiqué fût fortement positif.

B. — FORME PSEUDO-LUPIQUE

La forme pseudo-lupique de la syphilis tertiaire du nez nous a paru très fréquente ; le défaut de statistique nous empêche de la mettre en parallèle à cet égard avec la forme classique ; mais si l'on veut bien considérer que nombre de cas en restent méconnus parce qu'étiquetés *lupus* et indéfiniment traités comme tels, on est conduit à penser qu'elle est peut-être aussi commune que cette forme, et à lui reconnaître la place qu'elle mérite dans la description clinique du tertiarisme nasal.

Rien, dans cette forme, qui éveille l'idée d'une syphilis du nez.

Tout fait au contraire penser à du *lupus*, et c'est le diagnostic auquel l'on s'arrêtera presque toujours, si l'on n'a pas la chance de relever quelque minime anomalie symptomatique, insignifiante en général, mais pourtant suffisante pour faire naître une certaine hésitation, et inciter à faire pratiquer une réaction de B. W. ou mieux encore, à tenter un traitement d'essai.

Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer le stade initial de crudité de cette forme.

Les symptômes fonctionnels en sont selon toute vraisemblance extrêmement discrets ; ils n'attirent

pas l'attention des malades, qui ont toute raison de les négliger. C'est presque à leur insu, à très bas bruit, qu'évolue leur lésion et que se continue l'ulcération.

Lubet-Barbon a jadis insisté sur la « très longue durée » de cette période pré-ulcéreuse ; ce qui est vrai de la forme classique du tertiarisme nasal l'est certainement aussi de sa forme pseudo-lupique. Les patients font toujours remonter à plusieurs mois, sans d'ailleurs fournir aucune précision à cet égard, l'origine des troubles pour lesquels ils viennent consulter : pareil début, insidieux et lentement progressif, n'est pas pour faciliter le diagnostic, mais contribue bien, au contraire, presque toujours à l'égarer, en paraissant corroborer les données trompeuses de l'examen objectif.

Au stade suivant d'ulcération la symptomatologie se réduit du reste presque exclusivement à cette ulcération elle-même ; le trépied classique du nez gros, bouché et douloureux n'existe pas, et la pression de ses os propres n'éveille aucune douleur — le malade ne souffre pas ; l'auvent nasal n'est pas déformé, tout au plus existe-t-il un certain degré d'obstruction proportionné à l'importance des lésions, mais habituellement très modéré.

Légère obstruction nasale permanente, jetage muco-purulent d'abondance moyenne et d'apparence banale, et parfois élimination de minces croûtelles jaunâtres ou striées de sang, résument la symptoma-

tologie fonctionnelle de la forme pseudo-lupique du tertiarisme nasal, identique à celle du lupus.

L'examen rhinoscopique révèle la présence d'une ou plusieurs ulcérations.

Elles peuvent siéger en tout point des fosses nasales, mais affectent une particulière prédilection pour le cornet inférieur, notamment pour sa tête. Il est à remarquer par ailleurs, que la portion cartilagineuse de la cloison semble assez fréquemment atteinte à l'exclusion de la portion osseuse, à l'encontre de ce que l'on observe dans le tertiarisme nasal classique.

Elles offrent tous les caractères des ulcérations classiques du lupus. Les bords en sont imprécis, irréguliers, difficiles à délimiter exactement. Le fond est bourgeonnant ; de coloration rose ou rougeâtre, il est constitué par la juxtaposition de bourgeons de la dimension moyenne d'une grosse tête d'épingle, séparés les uns des autres par des sillons peu profonds et reproduit très exactement l'aspect de *l'infiltration mamelonnée* du lupus de la pituitaire ; nous ne l'avons jamais vu exubérant ni végétant. Il est légèrement excavé ou tout au plus de plein pied avec les tissus sains qui l'entourent.

Généralement humide, l'ulcération est cependant parfois recouverte de quelques croûtelles dont l'ablation au porte-colon peut déterminer un très léger saignement passager. Enfin la perception d'un contact osseux au stylet, si caractéristique de la sy-

philis nasale, nous a toujours paru en défaut de cette forme pseudo-lupique.

Ce tableau symptomatique est bien celui d'un lupus ; mais pour bonne imitatrice que soit la syphilis, il est cependant exceptionnel qu'elle ne laisse pas dépasser en quelque endroit le bout de l'oreille et qu'un examen attentif des lésions ne fasse pas découvrir quelqu'indice propre à attirer l'attention sur elle. Le bourgeonnement de l'ulcération est plus rouge, plus vascularisé, moins atone en un mot, que celui du lupus ; il est entouré d'une zone plus ou moins large d'infiltration discrète, mais incontestable, de la sous-muqueuse avec rougeur de la muqueuse ; parfois assez étendue, cette infiltration peut gagner les téguments de la pyramide nasale, au niveau de l'aile du nez ou de l'avant osseux ; trop modérée pour être visible, elle est néanmoins suffisante pour que souvent le doigt puisse l'apprécier.

Ce ne sont là que de petits signes, à peine ébauchés en général ; ils ne s'imposent pas à l'observateur, mais demandent au contraire à être recherchés. Leur valeur est considérable : ils suscitent une hésitation, retardent la décision diagnostique et conduisent à rechercher la syphilis dont la réaction de B. W. et surtout un traitement d'épreuve vite probant ont bientôt fait d'éclairer le rôle dans cette histoire.

OBS. 2. — *Tertiarisme nasal à forme pseudo-lupique.*

Cette observation est très démonstrative, car elle montre d'une façon saisissante combien l'erreur de diagnostic est fatal cliniquement.

Le malade dont il s'agit fût examiné par plusieurs personnes qui tous étiquetèrent ce cas ; *lupus endo et exonasal*.

Un Bordet-Wassermann fût pratiqué pour mieux rejeter l'hypothèse de syphilis et pour bien confirmer celui de *lupus* par la négativité de la réaction. Mais, à notre grande stupéfaction le B. W. fût positif et le succès du traitement anti-syphilitique immédiatement institué accentua leur confusion.

Voici cette observation ; nous insisterons sur les particularités cliniques que nous avons relevées, car leur constatation peut permettre de faire un diagnostic exact.

Madame H., 30 ans, vient consulter parce qu'une ulcération narinaire gauche apparue depuis plusieurs semaines persiste et s'étend. Le début réel de l'affection remonte à un an ; il s'est manifesté par des saignements de nez répétés et par une obstruction nasale passagère cédante à l'émission de croûtes noirâtres de pus. A aucun moment la malade

ne s'est plainte de céphalée ou de douleurs des parties osseuses ou cartilagineuses de la pyramide nasale.

Examen. — L'examen nous montre deux points intéressants sur lesquels notre attention est attirée d'emblée : d'ailleurs leur constatation contribue à entretenir en nous un diagnostic très hésitant.

1. Il existe sur le rebord narinaire, et à la partie haute de la lèvre supérieure gauche, une exulcération rougeâtre, bien limitée par un rebord irrégulier et finement dentelé ; elle ne repose pas sur une infiltration manifeste, et est recouverte par quelques croûtelles mélicériques : c'est l'aspect de l'impétigo banal développé sur une lésion cutanée antérieure certainement qu'il infecte secondairement ; cette lésion nous fait penser à un lupus impétiginisé de la fosse nasale. — Pas de nodules cutanés à distance.

2. La moitié gauche de la pyramide nasale est infiltrée ; la peau a perdu sa souplesse et elle ressemble par son épaisseur et par son grain à celle que réalise pendant quelques minutes une injection intradermique anesthésiante. Cette particularité éveille en nous la pensée d'une possibilité d'une syphilis et nous examinons la malade, l'esprit orienté vers ce diagnostic.

Nous pensons trouver sur les muqueuses des lésions caractéristiques.

La fosse droite est normale.

La fosse nasale gauche présente :

1. Dans le vestibule narinaire : de la rougeur diffuse sans ulcération ; c'est une véritable lymphangite diffuse.

2. La moitié antérieure du cornet inférieur gauche est disparue et remplacée par une saillie minime constituée par quelques mamelons rosés recouverts de croûtes noirâtres peu adhérentes enlevées sans difficulté par le porte-coton.

L'exploration les fait saigner.

Nous pensons que le stylet va nous donner des renseignements intéressants, et nous cherchons à découvrir l'os dénudé ; malgré une exploration minutieuse, bien supportée par la malade, nous ne trouvons aucun point de contact qui aurait levé nos hésitations.

L'ulcération est unique, le pied de cloison est intact, le fond de la fosse nasale gauche est normal et nous ne trouvons aucune lésion muqueuse du rhinopharynx cicatricielle, ou en évolution, qui puisse étayer notre diagnostic.

Nous abandonnons l'idée de syphilis ; rien de l'examen de la malade et de son interrogation ne permettant d'y penser.

Nous penchons vers le lupus, mais ce diagnostic auquel nous nous rallions ne nous donne pas complète satisfaction car l'infiltration cutanée s'explique mal par lui. Nous nous laissons surtout influencer par l'absence de contact osseux au stylet.

Les examens complémentaires permirent d'affirmer la syphilis :

Le Bordet-Wassermann fut complètement positif.

La biopsie nous montra qu'il n'y a pas de tuberculose évolutive. Un traitement antisiphilitique mixte : arsenic et mercure guérit en trois semaines les lésions tant muqueuses que cutanées : l'infiltration nasale fut la première influencée par le traitement.

De ce qui précède, que pouvons-nous déduire ?

C'est qu'il existe des formes de syphilis tertiaire au cours desquelles l'on ne peut percevoir un signe pathogénique du tertiarisme : l'os séquestré et dénudé.

La constatation d'une infiltration étendue des téguments (sans étiologie locale évidente, lymphangite, dermite) a une valeur égale. La tuberculose n'a pas à distance cette diffusion que le syphilôme réalise.

En l'absence de la perception de l'os séquestré, quel que soit l'aspect objectif des lésions, la présence d'une infiltration cutanéomuqueuse sera un signe en faveur de la syphilis, elle pourra être seule un signe cardinal, comme la perception d'un séquestre.

OBS. 3. — *Tertiarisme nasal à forme pseudo-lupique.*

Une femme est adressée à un de nous parce qu'elle respire avec difficulté et mouche du muco-pus sanguinolent.

Unilatéraux, ces troubles persistent depuis plusieurs mois.

Examen. — L'examen rhinoscopique montre des lésions strictement localisées à gauche.

Le relief de la tête du cornet inférieur est disparu : il ne persiste que les vestiges de son insertion sous forme d'une ligne de bourgeons rougeâtres irréguliers. — Tout autour la muqueuse est ulcérée, finement granuleuse et saignante au moindre contact.

La moitié postérieure du cornet inférieur est rouge, tuméfiée, mais lisse et sans une ulcération.

Les bords de l'ulcération sont mal délimités et granuleux ; le fond est constitué de bourgeons rougeâtres irréguliers. Cette lésion est unique

La voute palatine et la cloison sont intacts.

Le stylet traverse facilement les bourgeons, sans réaction douloureuse et ne perçoit, en aucun point, malgré une recherche soigneuse, le contact osseux, tant sur le cornet que sur la paroi nasale.

L'aspect des lésions, leur torpidité, leur siège

et l'absence de séquestre font penser à la tuberculose bien plus qu'à la syphilis et c'est pour cette raison que nous employons comme moyen de contrôle les réactions focales à la tuberculine.

Après trois injections à dose croissante on ne constate aucune réactivation du foyer nasal, malgré des réactions générales importantes, le diagnostic clinique de lupus devient alors peu vraisemblable, il est abandonné devant un B.W. fortement positif et la transformation rapide du foyer sous l'influence d'un traitement d'attaque antisiphilitique. La Biopsie n'a pas donné dans ce cas de résultats histologiques nets.

OBS. 4. — *Tertiarisme nasal à forme pseudolupique.* (Docteurs Maduro et Karø.)

Une femme de 28 ans nous est envoyée au mois de juillet 1938 à la consultation de l'hôpital Lariboisière, à laquelle elle est adressée par le service d'ophtalmologie.

La malade est traitée dans ce service depuis six mois pour des lésions cutanées palpébrales et péri-orbitaires droites ; elles ont été considérées comme lésions tuberculeuses et on a paru justifier à ce titre des séances fréquentes de destruction au galvano-cautère. Cette galvano-cautérisation a à la longue entraîné une rétraction cicatricielle des paupières gênante et disgracieuse.

Examen. — L'examen des fosses nasales montrait l'existence dans la fosse nasale gauche de lésions ulcéreuses dissimulées par un bourgeonnement mûriforme, mamelonné et peu exubérant, d'aspect lupique.

Ces lésions occupent largement la tête du cornet inférieur et le tiers antérieur de la cloison.

On fait à la consultation d'oto-rhino-laryngologie le diagnostic de *lupus tuberculeux*, en accord avec le diagnostic précédemment posé par le service d'ophtalmologie ; lorsqu'il concerne les lésions cutanées, ce diagnostic paraît au surplus être confirmé par l'examen histologique d'un fragment prélevé dans la fosse nasale gauche ; examen, qui révèle de nombreuses cellules géantes et non pas cependant des follicules tuberculeux. Cette malade fut présentée au Docteur Maduro au mois d'août de la même année. Ce diagnostic lui paraît très contestable en dépit de la réponse histologique, ou peut-être même à cause d'elle. Effectivement aussitôt un B.-W. fut pratiqué et a rapporté une réponse franchement positive. Le traitement anti-syphilitique fut aussitôt institué et amena une guérison de toutes les lésions, y compris les lésions cutanées.

LES MÉTHODES ANNEXES DE DIAGNOSTIC ET LEUR VALEUR RESPECTIVE

La clinique est impuissante à reconnaître à coup sûr ces formes anormales de syphilis nasales ; tout au plus peut-elle les soupçonner, aussi est-on forcé de recourir à des méthodes annexes pour acquérir une certitude ; elles sont au nombre de quatre :

- La biopsie ;
- La réaction focale ;
- Les réactions sérologiques ;
- Le traitement d'épreuve.

1. — LA BIOPSIE. — Le diagnostic histologique de la syphilis est extrêmement délicat, car il n'existe pas dans cette affection de modification tissulaire absolument caractéristique ; ils n'autorisent guère qu'un diagnostic de présomption. Seule la présence du tréponème confère la certitude, mais sa recherche est longue, difficile, et en fait, hors du domaine de la pratique courante.

L'analyse d'une lésion gommeuse doit porter sur les éléments suivants (Roussy et Leroux) : réaction vasculaire, infiltration cellulaire inflammatoire, métaplasie épithélioïde, et giganto-cellulaire, nécrose gommeuse, sclérose.

A. — *Réaction vasculaire.* — La vascularité de la syphilis tertiaire a une valeur considérable ; la tunique interne des vaisseaux est épaissie ; la tunique moyenne est le siège d'une infiltration cellulaire moyenne.

Cette vascularité est toujours entourée d'un manchon cellulaire périphérique composé, en proportions diverses, de lymphocytes, de mononucléaires, et de plasmocytes.

B. — *Infiltration cellulaire inflammatoire.*

a) *Nature des éléments* : On rencontre trois types d'éléments cellulaires : le lymphocyte, le moyen mononucléaire, et le plasmocyte ; ils n'ont aucune spécificité, même le plasmocyte, mais témoignent d'une infection subaiguë.

b) *Groupement des éléments* : Ces éléments se groupent en nodules, différents du follicule tuberculeux avec ses trois zones caractéristiques, et du nodule sporotrichosique que la disposition en cocarde et la coloration spéciale identifient bien. Mais ces caractères sont assez théoriques et la syphilis peut les reproduire.

c) *Réaction épithélioïde et giganto-cellulaire* : La cellule épithélioïde et la cellule géante se rencontrent fréquemment dans la syphilis ; leur groupement dans les nodules syphilitiques diffère de celui de la tuberculose ; dans celle-ci, on observe la succession régulière des couches, un centre formé de

nécrose et de cellules géantes, entouré par une couronne de cellules épithélioïdes, dans la syphilis l'irrégularité des parties continuantes est habituelle.

d) *Nécrose gommeuse* : La nécrose syphilitique est homogène et en nappes régulières. Son pourtour est net, polycyclique ; en pleine zone nécrotique persistent souvent des fragments de vaisseaux.

e) *Sclérose syphilitique* : Sans caractères histologiques particuliers, elle est précoce et intense, c'est une sclérose collagène avec transformation hyaline fréquente, à surcharge calcaire exceptionnelle.

En résumé, le diagnostic histologique est souvent un diagnostic de présomption : la biopsie ne fournit qu'un appoint, et c'est en la comparant à la clinique et aux réactions de laboratoire que l'on pourra résoudre le problème.

2. — LA RÉACTION FOCALÉ. — On la recherche à l'aide d'une injection intradermique d'une goutte de dilution au dix-millième de tuberculine de l'Institut Pasteur ; en cas d'échec, on répète l'épreuve au moyen de dilutions progressivement croissantes, au huit-millième, au six-millième, et enfin au cinq-millième.

Cette réaction est inoffensive, spécifique et de très grande valeur :

a) absente, elle fait écarter l'idée de tuberculose, et augmente par là-même l'idée probable de syphilis ;

b) présente, elle confirme, au contraire, l'hypothèse de tuberculose et permet, en outre, de mesurer en quelque sorte l'étendue de l'infiltration bacillaire au niveau et autour du foyer suspect.

3. — RÉACTION SÉROLOGIQUE. — La réaction de Bordet-Wassermann est très souvent positive.

Seul compte un résultat positif, une réponse négative ne peut être prise en considération.

Le B.-W. ne montre évidemment que le terrain syphilitique, mais en cas de lésion cliniquement douteuse, il invite, lorsqu'il est positif, à pratiquer un traitement antisymphilitique d'épreuve.

4. — ÉPREUVE DU TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE. — Ce traitement, pour être efficace, doit répondre à certaines règles.

Il est nécessaire et indispensable d'employer un traitement d'attaque énergique, on combinera selon les réactions ou susceptibilités individuelles des malades, les sels solubles de mercure (notamment le cyanure), l'arsenic (novarsénobenzol ou sels similaires), le bismuth (en cas d'intolérance à l'un de ces deux traitements).

Nombre de rhinologistes emploient l'iodure de potassium à hautes doses, et trop souvent seul : nous pensons que cette méthode est insuffisante et même trompeuse, car l'iodure n'agit pas en tant que traitement spécifique (il n'est pas antisymphilitique), mais en tant que fondant : il favorise la disparition du

lymphôme, sans plus. Nous avons plusieurs fois vu des syphilis tertiaires résister à un traitement ioduré intense et n'obéir qu'au traitement syphilitique énergique : l'emploi de l'iodure seul peut donc fausser les résultats d'un traitement d'épreuve : l'absence de guérison ne peut, dans de tels cas, faire rejeter l'hypothèse de syphilis.

Enfin, il faut songer aussi aux erreurs de diagnostic possibles : l'iodure de potassium est extrêmement nocif pour les néoplasmes dont il fait disparaître le lymphôme de défense (Darier) simulant ainsi une amélioration par diminution de tumeur, alors qu'au contraire il en favorise l'extension.

L'arsenic et le mercure n'ont pas les mêmes inconvénients : le premier en particulier a toujours une action favorable sur l'état général.

CONCLUSIONS

1) L'ulcération syphilitique tertiaire classique est exceptionnelle au niveau des fosses nasales ;

2) L'ulcération syphilitique tertiaire de la pituitaire revêt généralement toujours un aspect lupôide, comme Lubet Barbon l'a depuis longtemps signalé ;

3) Certaines formes ont, non seulement, le caractère objectif du lupus, mais aussi les sièges d'élection, l'évolution torpide et l'absence de séquestre (forme pseudo-lupique vraie).

Diagnostic :

L'aide du laboratoire est indispensable, seul il peut lever les doutes.

Il faut pratiquer simultanément :

Une biopsie, en sachant que la cellule géante n'autorise pas d'affirmer le diagnostic du lupus en

l'absence des lésions histologiques manifestement tuberculeuses (follicule tuberculeux).

Un examen sérologique ;

Une réaction focale à la tuberculine ;

Un traitement d'épreuve antisiphilitique.

Vu : Le Doyen,

TIFFENEAU.

Vu : Le Président,

LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSET.

BIBLIOGRAPHIE

- Aubin et Maduro.* — Les formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis tertiaire du nez et du pharynx (Annales d'O.R.L.).
- Bernoud.* — De la syphilis tertiaire dans les fosses nasales (Thèse de Lyon, 1898).
- Delie.* — Syphilis tertiaire du nez, compliquée d'érysipèle (Annales des maladies vénériennes, 1923, page 77).
- Glos.* — Syphilis tertiaire du nez, guérie par le Stovarsol (Société viennoise d'O.R.L., 1926).
- Lubet Barbon.* — Signes et diagnostic de la syphilis tertiaire du nez (Pér. hebd. de Laryngologie, Paris, 1905).
- I. M. Lupton.* — Tertiary syphilitic infiltrative lesion of nasal mucous (Annales d'O.R.L. mars 1935, 44 : 199-212).
- Mignard.* — Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire du naso-pharynx. (Thèse de Bordeaux, 1902-3).
- Nicolas, Rousset, Thomasset.* — Syphilis tertiaire, ulcération mutilante de la racine du nez. (Réunion derm. Lyon, mars 1937).

Peri, Maurice. — Lésions nasales causées par la syphilis tertiaire chez les indigènes algériens (Société d'O.R.L., Paris, juillet 1936).

Urechia. — Syndrome de la région des tubercules quadrijumeaux et les lésions syphilitiques tertiaires du nez. (Société Neurol., Paris, février 1937).

